

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913 — N° 71

DES ABCÈS SOUS-URÉTHRAUX

CHEZ LA FEMME

—❧—
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 janvier 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alfred CARLET

Né à Grenoble (Isère), le 7 février 1886.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine 23
PARIS

1913

DES ABCÈS SOUS-URÉTHRAUX

CHEZ LA FEMME



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 71

DES ABCÈS SOUS-URÉTHRAUX

CHEZ LA FEMME

— — — — —
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 janvier 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alfred CARLET

Né à Grenoble (Isère), le 7 février 1886.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine 25
PARIS

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.). ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD. PONCET. JABOULAY. FABRE. ROLLET. NICOLAS. LÉPINE (Jean). WEILL. POLLOSSON (A.). CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. X... GUIART. TESTUT. RENAUT. MORAT. COLLET. LESIEUR. PAVIOT. POLLOSSON (M.). COURMONT (P.). LACASSAGNE. COURMONT (J.) PIC. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies mentales	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies des femmes	
Physique médicale.	
Chimie médicale et pharmaceutique	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, —
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL, —
Botanique	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale	VILLARD, —
Clinique infantile	MOURIQUAND, —
Propédeutique urologique	GAYET, —
Déontologie et médecine professionnelle	MARTIN (Et.), —

AGRÉGÉS

MM. REGAUD.	MM. MARTIN (Et.).	MM. BRETIN.	MM. MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, ch...
PATEL.	LATARJET.	CADE.	SAVY, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROCHET, Président ; VALLAS, Assesseur ;
MM. GAYET et THEVENOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je dédie cet humble travail, bien
faible témoignage de profonde recon-
naissance et de tendre affection.

A MES SOEURS

A MA TANTE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

DES HÔPITAUX ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE GRENOBLE

A MES MAITRES

DES HÔPITAUX ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE LYON

A mon Président de Thèse :

Monsieur le Professeur ROCHET

A qui revient l'idée première de ce travail et qui nous a toujours reçu avec bienveillance dans son service de la clinique d'urologie, à l'hôpital Saint-Pothin. Nous le prions d'accepter notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur agrégé L. THÉVENOT

Qui nous a témoigné le plus grand intérêt. Il a mis à notre disposition son temps et sa science, nous l'en remercions bien sincèrement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Parmi les nombreuses affections des organes génito-urinaires de la femme, il en est une qui semble avoir peu retenu l'attention des auteurs : nous voulons parler des *abcès sous-urétraux*, qui feront l'objet de ce modeste travail.

Cette question a été, en effet, très peu étudiée, et les ouvrages, même récents, de gynécologie ou des maladies des voies urinaires paraissent la laisser un peu de côté.

Est-ce à dire que ces suppurations, ainsi localisées, soient aussi rares que semble l'indiquer cette indifférence ? Il n'en est rien et ces abcès sont d'une fréquence relative, si nous nous reportons au nombre respectable d'observations qui en ont été publiées. Toutefois, nous devons bien dire qu'ils constituent une affection le plus souvent bénigne et c'est probablement à cette bénignité qu'ils doivent de n'avoir été que peu étudiés.

Sans vouloir ici faire l'historique de la question, nous devons rappeler qu'en France, c'est à Huguier que revient l'honneur d'avoir publié la première observation « d'abcès du septum uréthro-vaginal » dans un mémoire de la Société de Chirurgie de Paris, en 1847.

On en retrouve, après cet auteur, un certain nombre de cas signalés dans la littérature médicale française et surtout étrangère, mais les observateurs se contentent,

pour la plupart, d'exposer des symptômes cliniques sans chercher à préciser l'étiologie ni la pathologie de ces suppurations.

En 1894, Augagneur, à Lyon, en publie trois nouvelles observations qui servent de base à la thèse de son élève Callavassy (thèse de Lyon, 1894).

Enfin, parmi les travaux plus récents, qui ont été faits sur cette question, nous devons citer celui de Fellner (*Monatsch. f. Geburtsh. u. Gynäcol.*, 1907), et celui de Lejars (*Semaine Médicale*, 1908), où les deux auteurs, en publiant de nouvelles observations personnelles, montrent l'importance particulière de l'infection gonococcique des glandes et lacunes péri-urétrales dans la genèse de ces abcès.

Nous apportons, dans ce travail, de nouvelles observations lyonnaises, prises dans les services de MM. Albertin, Durand, Fabre et Rochet, que nous tenons à remercier ici de leur extrême obligeance.

Enfin, nous étudierons dans un chapitre spécial la thérapeutique à appliquer à ces abcès et montrerons les excellents résultats obtenus par un procédé opératoire simple et innocent qui a été indiqué par M. le professeur Rochet.

Auparavant, il nous a paru utile de rappeler sommairement l'anatomie de l'urètre de la femme et de la cloison uréthro-vaginale: ce court exposé anatomique permettra de mieux comprendre les lésions pathologiques de cette région.

ANATOMIE DE L'URÈTHRE ET DE LA CLOISON URÉTHRO-VAGINALE

L'urètre de la femme répond aux portions prostatiques et membraneuses de celui de l'homme (Tillaux).

Il part du col vésical, traverse l'aponévrose moyenne du périnée et vient déboucher à la partie supérieure de la vulve, dans le vestibule, par un orifice dit méat urinaire.

La longueur du canal de l'urètre est de deux centimètres et demi à trois centimètres environ.

Son calibre n'est pas uniforme : rétréci à ses deux extrémités, col vésical et méat, il affecte la forme grossière d'un fuseau (Richet).

La portion qui va de l'aponévrose moyenne au méat urinaire, et qui est, dans cette étude la plus intéressante, est en rapport étroit avec la paroi antéro-supérieure du vagin, contre laquelle elle s'applique; c'est cette partie de l'urètre que Waldeyer a appelée la portion vaginale adhérente; un tissu cellulaire dense unit, en effet, de façon indissoluble urètre et paroi vaginale antérieure, formant une cloison commune désignée sous le nom de cloison uréthro-vaginale ou de septum uréthro-vaginal.

Au point de vue de sa structure, l'urètre est formé de diverses tuniques dont la tunique muqueuse seule nous intéresse : c'est elle qui renferme des glandes, nombreuses, dites glandes endo-urétrales; ces glandes, ou plu-

tôt ces culs-de-sac, traversent obliquement la muqueuse et viennent déboucher à sa surface par des orifices parfois très visibles à l'œil nu sous forme de petits points blanchâtres. A mesure qu'on approche du méat, ces glandes deviennent de plus en plus nombreuses. Nous verrons plus loin que ces glandes, qui renferment souvent des concrétions, peuvent être le point de départ des abcès sous-urétraux dont nous nous occupons.

Le septum urétro-vaginal, que nous avons défini plus haut, renferme lui-même des glandes ou des conduits muqueux pseudo-glandulaires qui servent souvent aussi de foyers primitifs aux abcès qui font l'objet de cette étude. Leurs canaux sont connus depuis longtemps déjà; de Graaf et Morgagni les avaient vus. Si l'on observe avec soin une vulve de femme, il est d'ordinaire assez aisé de les reconnaître; ils débouchent au nombre de deux de chaque côté du méat, à cinq millimètres environ de lui, sur la papille urétrale. Nous verrons que, lorsque la muqueuse urétrale est normale, non éversée, ils débouchent en réalité à l'intérieur même du méat. Ces canaux sont les orifices de Skene. Dans quelques examens, on peut trouver un orifice médian, presque toujours au-dessous du méat, et signalé par Schüller.

En outre, on aperçoit, chez un grand nombre de femmes, sur les côtés du méat, à droite et à gauche, une série de lacunes, de dépressions muqueuses en pente, en culs-de-sac des plus accusés; parfois, on en remarque une autre assez large qui se dessine sur la muqueuse urétro-vaginale au niveau du septum sous-urétral.

Les orifices de Skene et leurs canaux, que l'on désigne le plus souvent sous le nom de glandes de Skene,

ont été bien décrits par Skene et Westbrook en 1880. On les considérait d'abord comme des restes du canal de Gartner, c'est-à-dire comme la terminaison du canal de Wolf; mais, alors que le canal de Malpighi-Gartner est un organe inconstant, ne descendant que très rarement dans le vestibule, les glandes de Skene sont des formations constantes qui ne manquent jamais chez la femme. On s'accorde actuellement à faire de ces glandes l'homologue des glandes prostatiques de l'homme. Certains auteurs (Fellner) n'admettent pas, toutefois, cette interprétation.

Les orifices de ces glandes de Skene deviennent particulièrement nets au cours de l'infection gonococcique (*maculae gonorrhoeicæ*). Ils s'ouvrent, lorsque la muqueuse uréthrale n'est pas éversée, à l'intérieur même du méat, systématiquement, à quelques millimètres de la ligne médiane et un peu en arrière de lui; si la muqueuse est éversée, nous les trouverons, ainsi que nous l'avons vu plus haut, en dehors de l'urètre, sur le toit du vestibule.

Ces orifices admettent facilement une sonde de un à deux millimètres, et leur cathétérisme, qui peut être souvent assez facilement pratiqué, montre que leur trajet n'est pas parallèle à l'urètre; après l'avoir été pendant une certaine longueur et être resté très adhérent à la muqueuse pendant cette portion, il devient oblique en dehors et en arrière et se termine par un nombre variable de culs-de-sac glandulaires qui plongent dans la tunique musculaire ou même la traversent et sont enfouis dans l'épaisseur du septum uréthro-vaginal.

Toutes ces formations : glandes, canaux glandulaires

ou pseudo-glandulaires, que nous venons de décrire et qui sont en rapport intime avec l'urètre, ont été bien étudiées par Fellner dans un mémoire paru en 1907 (*Monatsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*). Il les divisait en trois grands groupes :

a) Canalicules intra-urétraux (canaux de Skene, qui, d'ordinaire, s'ouvrent à l'intérieur même du méat;

b) Canalicules para-urétraux (lacunes latérales);

c) Canalicules péri-urétraux (lacunes ou conduits du septum).

Il est facile de concevoir que ces canaux logés dans la muqueuse même urétrale, dans la sous-muqueuse ou le septum uréthro-vaginal, puissent être facilement infectés par les microbes nombreux des canaux voisins (vagin, rectum, urètre), et, au cours de leur suppuration, par simple contact ou le plus souvent par leur rupture, servir de point de départ à l'abcès total de la cloison uréthro-vaginale.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Quel est l'agent microbien qui doit être mis en cause dans ces suppurations sous-urétrales ?

On y a rencontré divers microbes, mais il semble bien que, dans la majorité des cas, ces abcès procèdent de l'infection gonococcique.

Matzenauer, qui étudiait la flore microbienne dans 9 cas d'abcès (*Wien. klin. Wochensch.*, 1902), trouva 3 fois le gonocoque seul, 2 fois ce même microbe associé au staphylocoque doré et blanc dans le pus d'abcès encore clos et incisés par le vagin. Les 4 autres cas observés étaient des abcès déjà fistuleux, ouverts dans l'urètre ou le vagin ou dans ces deux canaux : le gonocoque et le staphylocoque s'y montraient dans 3 cas, dans le 4^e il n'y trouva que du staphylocoque.

Dans un cas observé à Lyon par M. le professeur Rochet (obs. I), l'examen bactériologique démontra la présence du gonocoque associé à d'autres microbes.

Cependant, le colibacille doit, à notre avis, être incriminé quelquefois; et il est facile de comprendre que ce dernier, qui est l'hôte fréquent de la région ano-vulvaire de la femme puisse, soit directement, soit à la faveur d'un traumatisme ou d'une érosion, être l'agent de la suppuration. Fellner a rapporté deux cas de poches sup-

purées sous-urétrales observées chez des vierges et qui ne contenaient que du colibacille.

Quoi qu'il en soit, ces abcès de la cloison uréthro-vaginale sont observés le plus souvent chez des femmes atteintes d'urétrite blennorragique, soit aiguë, soit chronique; et cette complication, due au gonocoque lui-même, a son point de départ dans les glandes endo-urétrales et péri-urétrales.

Les glandes endo-urétrales sont, en effet, facilement infectées au cours de la blennorragie; elles suppurent et peuvent devenir de petits abcès qui proéminent au-dessous de la muqueuse urétrale et se développent dans le tissu caverneux sous-urétral. Cette épaisse couche, on le comprend facilement, pourra s'infecter elle-même, soit au contact de ces petits abcès, soit aussi, le plus fréquemment, par suite de leur rupture et un gros abcès se formera.

Mais il faut le plus souvent chercher l'origine de ces suppurations dans les glandes péri-urétrales, glandes de Skene, dont nous avons essayé de donner la topographie dans le chapitre précédent. Le gonocoque passe facilement, au cours de la blennorragie, de l'urètre dans ces glandes. Pollak, qui en étudiait le contenu microbien chez 100 femmes atteintes de gonorrhée subaiguë, découvrit 45 fois le gonocoque dans ces canaux, soit d'un côté, soit des deux côtés.

Mais cette origine glandulaire, qui est nettement démontrée par ce qui précède, n'est pas la seule qui doive nous occuper. Nous devons signaler tout un petit groupe d'abcès d'origine traumatique incontestable.

Il peut, en effet, se produire, au cours d'un accouche-

ment, des kystes sanguins, des hématomes, dus à un frottement violent au moment du passage de la tête fœtale. Ces collections sanguines, comme en tout autre lieu, peuvent suppurer et donner naissance à des abcès. Routh en a signalé un cas typique : il s'agissait d'un abcès sous-urétral de la grosseur d'une bille; après trois semaines de soins locaux sans résultats, on se décida à l'ouvrir et la paroi en fut excisée. L'examen histologique montra qu'on était en présence d'un kyste sanguin procédant de l'accouchement et suppuré.

Les déchirures de la paroi déclive de l'urètre qui se produisent quelquefois au cours d'un accouchement laborieux ou à la suite d'une application de forceps, peuvent constituer aussi un point d'inoculation causale.

De même encore, les corps étrangers de l'urètre, les calculs de l'urètre enchatonnés dans la paroi uréthro-vaginale peuvent servir de point de départ à la suppuration.

Enfin, certaines affections préexistantes, telles que les kystes de la cloison ou même les urétrocèles vaginales, pourront, à un moment, être le siège d'un processus infectieux et former de véritables abcès.

DESCRIPTION CLINIQUE

C'est, le plus souvent, au cours d'une urétrite blennorragique que débute cette affection, ainsi que nous l'avons vu.

La malade a, depuis un certain temps, des douleurs à la miction; des pertes vaginales assez abondantes tachent et empèsent le linge. Puis, elle éprouve une sensation de pesanteur dans le vagin; le traitement par les injections vaginales est difficile, l'introduction de la canule étant douloureuse. Des douleurs spontanées s'irradient vers le col de la vessie et le bas-ventre quelquefois; elles s'accusent par la station debout et par les efforts de toute sorte, notamment par la défécation.

A l'examen local, on aperçoit, en écartant les lèvres, une tumeur sous-urétrale qui peut varier de grosseur jusqu'à atteindre le volume d'un gros œuf de poule, et située un peu en arrière du méat urinaire. La paroi vaginale qui la recouvre paraît, à ce niveau, plus rouge, souvent œdématiée.

Le doigt introduit dans le vagin perçoit une voussure et peut aisément en faire le tour; un sillon net, existant entre la tumeur et le col, fait écarter toute connexion entre elle et la paroi vésico-vaginale.

Lorsque l'abcès n'est pas en état de réplétion trop grande, il est facile de percevoir de la fluctuation.

La pression exercée sur la tumeur avec le doigt vaginal provoque souvent une douleur assez vive et quelquefois l'éjaculation de pus par le méat, montrant ainsi la communication de l'abcès avec l'urètre. D'autres fois, une plus ou moins grande quantité de pus s'écoule des orifices para-urétraux.

Souvent, des phénomènes de cystite seront les seuls symptômes; d'autres fois, la rétention d'urine occasionnée par la pression de la poche sur l'urètre sera le symptôme qui attirera le premier l'attention.

L'exploration au cathéter permet ordinairement d'arriver facilement dans la vessie; elle peut être douloureuse. Quelquefois, le cathétérisme sera plus laborieux, le bec de la sonde s'engageant dans l'orifice de communication de l'abcès avec l'urètre; la sonde, ou le stylet, engagés dans cet orifice, montreront l'existence d'une poche et pourront être percus par le doigt vaginal.

La miction peut, dans quelques cas, revêtir certains caractères; l'urine sort sans pression et s'écoule devant la vulve à cause de l'obstacle voisin du méat.

Le méat lui-même pourra participer au processus inflammatoires, ses lèvres sont éversées et œdématiées.

Parfois, dans des formes aiguës, les accidents sont plus marqués et l'abcès peut prendre l'allure d'un véritable phlegmon, tout le vagin être le siège d'un gros œdème, des symptômes généraux, céphalée, vomissements, fièvre, peuvent l'accompagner; tel est le cas de Cory (*Transactions of the Obstet. Soc. of London*, 1870), où la collection s'accompagnait de délire, fièvre, sueurs profuses, qui ne cessèrent qu'après la supture spontanée de l'abcès dans l'urètre. La communication avec l'urètre se

fait, en effet, fréquemment et le pus qui s'écoule est épais et souvent d'odeur fétide.

A côté de ces formes typiques d'abcès de tout le septum, nous devons signaler, avec Lejars, les trajets purulents latéraux, dont l'observation VI en est le type. Il s'agit, encore au cours d'une blennorrhagie, de suppuration d'un seul conduit de Skene, formant une tumeur latérale d'un côté de l'urètre. Ce n'est là qu'une forme de transition et où l'infection est encore localisée à une glande, mais la rupture de ce trajet purulent dans le septum donnera lieu à un abcès total analogue à ceux signalés plus haut.

Enfin, certains abcès peuvent n'avoir aucune communication avec l'urètre et la pression ne fait sourdre aucune goutte de pus par le méat. Le diagnostic, dans ce cas, sera rendu plus difficile, surtout si la muqueuse vaginale est à peu près normale. Mais, dans ce cas encore, nous sommes en présence d'une forme de transition et ces abcès clos ne tardent pas à se faire jour par l'urètre le plus souvent, ou quelquefois par le vagin.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'abcès sous-urétral est ordinairement aisé. Cependant, certaines tumeurs du vagin pourront être confondues avec lui à cause de leur localisation commune: il convient donc de savoir l'en différencier.

La cystocèle vaginale siège plus profondément dans le vagin; elle s'augmente pendant l'effort et sa réduction, dans la plupart des cas facile, ne s'accompagne d'aucun écoulement de liquide par le méat.

L'urétrocèle vaginale, qui consiste en une dilatation sacculaire de la paroi urétrale inférieure, pourra prêter à confusion et, de fait, l'erreur s'est plusieurs fois produite. Dans ce cas, l'exploration de la paroi inférieure de l'urètre permet de reconnaître un large orifice de communication avec ce canal. Lorsque la poche est remplie et qu'on exerce sur sa paroi vaginale une pression, elle se vide facilement et le liquide qui s'écoule par le méat est de l'urine. L'urétrocèle peut, du reste, être le siège d'un processus inflammatoire et sécréter du muco-pus, qui s'écoulera, à la pression, par le méat; dans ce cas, le diagnostic pourra être beaucoup plus malaisé. Enfin, par suite de cette inflammation, l'orifice de communication s'oblitére en totalité ou en partie; un véritable abcès sous-urétral se formera.

Les kystes du vagin, qui constituent une affection bé-

nigne sont, pour cette raison, rarement observés. Cependant, on en a publié un certain nombre de cas et leur étude a fait naître beaucoup de discussions en ce qui concerne leur pathogénie.

Leur localisation à la paroi vaginale antérieure est fréquente; ils proviennent, dans ce cas, des canaux de Gartner. Cette origine gartnerienne a été bien démontrée dans un cas de M. le professeur agrégé Thévenot (*Lyon Chirurgical*, 1912). Lorsqu'ils auront ce siège dans les canaux de Gartner, la confusion sera possible avec l'abcès sous-urétral.

Ils sont d'ordinaire peu volumineux, mais si leur volume vient à augmenter, ils pourront amener des troubles de la miction, des phénomènes de cystite par compression de l'urètre, et attirer ainsi l'attention.

Ils se présentent sous la forme d'une petite tumeur recouverte de muqueuse vaginale qui conserve sa couleur normale. La tumeur est indolente.

Quelquefois ces poches kystiques, qui sont d'ordinaire d'un diagnostic facile, peuvent donner prise à l'erreur. Lejars cite le cas d'une femme atteinte de « grosseur à l'entrée du vagin »; cette malade avait des pertes jaunes striées de sang. L'examen révélait la présence d'une tumeur molle du volume d'une noix et qui s'affaissait en partie sous le doigt. Pourtant, à un examen plus précis, on reconnut aisément qu'elle se réduisait en s'étalant, mais ne se vidait pas; on ne notait aucun écoulement par le méat. Le diagnostic de kyste fut porté et l'intervention, qui fut acceptée et pratiquée quelques jours après, en démontra l'exactitude; la poche fut enlevée sans rupture; elle adhérait à la paroi inférieure de l'urètre.

Nous avons déjà signalé que certains abcès sous-urétraux peuvent, du reste, procéder des kystes suppurés.

Des *calculs* peuvent se rencontrer dans la cloison uréthro-vaginale; ce sont, pour la plupart, des calculs autochtones. Ces pierres sous-urétrales, qui ont fait l'objet d'une étude intéressante de Quénu et O. Pasteau, amènent, chez la femme, des troubles d'intensité moindre que chez l'homme en raison de la dilatation du canal. Cependant, s'ils sont un peu volumineux, ils donnent lieu à certains malaises et sont alors observés. La tumeur vaginale a, dans ce cas, une consistance dure; la muqueuse qui la recouvre est saine; la grosseur est absolument irréductible. Bien souvent, la poche calculeuse est en communication avec l'urètre et, en suivant la paroi inférieure de l'urètre avec un stylet, on tombe dans cette poche et l'instrument entre en contact avec le calcul.

Ici encore, il faut bien savoir, ainsi que nous l'avons vu plus haut, que ces calculs enchatonnés dans un cul-de-sac de la muqueuse peuvent donner lieu à des abcès.

Les *tumeurs solides* du vagin pourront être confondues avec un abcès sous-urétral, en raison de la consistance qu'elles affectent dans cette région.

Le *néoplasme* peut être parfois bien localisé à la paroi vaginale supérieure. En général, la consistance sera dure. Du reste, l'ulcération, qui ne tarde pas à se produire, l'écoulement vaginal et l'hémorragie qui l'accompagnent bientôt, mettront sur la voie du diagnostic.

Quelquefois, le diagnostic sera plus malaisé. Une malade observée par Chrobak présentait une tumeur qui remontait à plusieurs années. Elle était constituée par une masse épaisse, caleuse, qui fut prise tout d'abord au

premier examen pour un néoplasme. On intervint sur ce diagnostic quelques jours après. Lorsqu'on eut sectionné une série de couches de tissu très dur, on tomba dans une cavité centrale et remplie de pus qui fut curettée. Une fistule purulente persista pendant fort longtemps.

Un *fibrome* sous-urétral peut faire naître une hésitation. Il peut être sessile et couder, infléchir l'urètre, donnant des troubles de la miction; ces fibromes sont le plus souvent petits, se présentant à la face antérieure du vagin, sous forme de tumeur dure au toucher.

Mais, dans cette région, ainsi que nous l'avons déjà dit, les tumeurs peuvent prendre une consistance molle, ce qui pourra faire discuter le diagnostic avec un abcès du septum.

Lejars en a signalé un cas typique. L'examen relevait « la présence d'un fibrome mou, implanté largement et faisant corps avec la cloison uréthro-vaginale. Après incision de la muqueuse, il fut extirpé aux doigts et aux ciseaux; il occupait une sorte de loge en pleine cloison. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibrome pur. »

Thomson a publié le cas d'un *fibro-sarcome* du septum uréthro-vaginal extirpé par lui, se présentant sous forme d'une tumeur particulièrement molle à l'entrée du vagin.

L'*épithélioma de l'urètre* peut s'étendre à la cloison uréthro-vaginale et son relief dans cette région pourra en imposer pour un abcès.

Les *lipomes* vaginaux, qui peuvent avoir une localisation sous-urétrale, sont rares.

Enfin, le *thrombus vaginal* qui est d'un diagnostic facile, occupe rarement la paroi antérieure du vagin.

PRONOSTIC

Le pronostic des abcès sous-urétraux est assez bénin. Les formes aiguës peuvent avoir un certain retentissement sur l'état général et amener quelquefois des troubles (obs. VII). Rarement ces suppurations prennent une allure phlegmoneuse, envahissant largement les tissus voisins; c'est que les abcès, au début clos, ainsi que nous l'avons vu déjà, se font rapidement jour par l'urètre le plus souvent, ou quelquefois par le vagin, et évacuent ainsi leur contenu purulent.

Ce n'est, du reste, là qu'un processus apparent de guérison, car la poche ne disparaît que pour se remplir de nouveau bientôt et donner lieu aux mêmes symptômes, constituant ainsi une forme chronique avec réplétions intermittentes; un cas semblable a été bien observé par Richard F. Woods (obs. XIII).

L'écoulement constant de pus par l'urètre n'est, du reste, pas sans inconvénients et il est facile d'admettre que l'agent de la suppuration pourra gagner la vessie, donner lieu à des phénomènes de cystite et, de là, peut-être, par infection ascendante, aller produire des lésions du rein.

Dans le cas où ces abcès, qu'on a laissé évoluer sans soins, se sont ouverts dans le vagin et l'urètre, il en ré-

sulte des fistules urinaires qui sont une gêne constante et dont le traitement est difficile.

Ces poches purulentes chroniques et les fistules qui les accompagnent pourront subir des transformations . les tissus qui constituent leurs parois s'épaississent et s'indurent, subissent une véritable dégénérescence ligneuse et causeront parfois des rétrécissements de l'urètre qui amèneront des accidents de rétention avec tout leur cortège de complications.

THÉRAPEUTIQUE

Nous avons déjà dit que l'évacuation spontanée de l'abcès dans l'urètre n'était qu'un mode apparent de guérison, car l'abcès passait alors le plus souvent à l'état chronique, de même que l'ouverture dans le vagin laissait des fistules intarissables.

Il convient donc de ne pas laisser évoluer ces suppurations et d'en connaître la thérapeutique.

Lorsque l'infection reste localisée nettement aux canaux avoisinant le méat et que ces canaux restent perméables, on peut obtenir de bons résultats par leur cathétérisme suivi d'instillations de nitrate d'argent ou de teinture d'iode.

Cette méthode pourra, du reste, rarement être employée car il sera donné peu souvent de voir une malade où la suppuration restera localisée ainsi, et l'observation VI montre, d'autre part, qu'elle ne donna pas de résultats satisfaisants et qu'on fut obligé d'en venir au traitement chirurgical.

Le traitement chirurgical, le plus naturel et qui a été le plus souvent employé, consiste en une incision longitudinale de la paroi antérieure du vagin, au niveau de l'abcès, incision suivie de drainage ou quelquefois de cautérisations. Cette façon de procéder a pu parfois donner des résultats satisfaisants, mais la guérison est peu ra-

pide et il est facile de comprendre qu'elle prédisposera aux fistules uréthro-vaginales, dont la cure est difficile.

Certains auteurs ont conseillé d'adjoindre à cette incision l'excision de la paroi de l'abcès. Mais cette excision de la paroi de l'abcès n'est pas toujours facile en raison de ses rapports immédiats avec l'urètre, et l'on risque fort, soit de laisser une partie de la poche, soit de blesser l'urètre ou même la vessie en poussant la dissection trop loin. Là encore, la guérison, si elle s'opère, sera longue; quelques observations en témoignent et l'on aura beaucoup de chances de voir s'établir une fistule.

Le procédé de M. le professeur Rochet, qui a été utilisé dans nos observations I, II et III, réunit le double avantage d'être d'une application facile et d'éviter la fistule urinaire, même si l'urètre ou la vessie étaient ouverts par mégarde.

Il consiste à faire « *le dédoublement de la cloison uréthro-vaginale* » et à ouvrir l'abcès au fond de ce canal artificiel. On fait une incision au-dessous du méat, puis on décolle la cloison sur une certaine étendue, jusqu'à l'abcès, et le pus s'écoule; on place un drain dans cet espace décollé; une sonde peut être laissée en place dans l'urètre, mais elle n'est même pas nécessaire.

Le tout est ensuite enlevé au bout de quelques jours.

Dans les cas observés, la guérison s'est toujours effectuée rapidement et sans fistule urétrale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur Rochet.)

M^{me} X..., 25 ans.

Bonne santé antérieure; nie tout accident vénérien avant la période actuelle. Depuis quinze jours environ, la malade a commencé à souffrir un peu au niveau du canal de l'urètre avec sensation de cuisson et de chaleur lors de la miction. Dans ces derniers jours, les symptômes se sont aggravés et la malade ressent une véritable douleur vers le col de la vessie, dit-elle.

Les urines sont assez troubles, mais de façon intermittente cependant; quelquefois elles sont relativement claires.

A l'examen local la pression sur le premier centimètre de l'urètre par le vagin ne fait sourdre qu'une gouttelette insignifiante, mais si on appuie d'arrière en avant sur la partie postérieure de l'urètre, brusquement on fait jaillir du pus en assez grande abondance. En regardant avec attention par le vagin sur la face antérieure de l'urètre on arrive à voir comme une voussure sur la face inférieure du canal à l'union de son tiers postérieur et des deux tiers antérieurs et quand on appuie exactement sur cette voussure, on réalise de suite l'éjaculation purulente signalée; mais l'abcès ne se vide guère si on n'appuie pas dessus et l'orifice de communication avec le canal ne doit pas être bien large.

L'examen de la suppuration révèle entre autres microbes de nombreux gonocoques.

On propose l'intervention à la malade et on la fait par le procédé du dédoublement de M. Rochet.

Au cours du décollement sous-urétral commencé derrière le méat, on arrive à un moment donné sur un point adhérent qui est perforé avec la sonde cannelée et laisse écouler un pus abondant : avec un petit stylet on trouve alors sur le plafond un petit orifice de communication avec l'urètre gros comme un grain de chenevis environ. On met dans l'espace décollé un petit drain qu'on enlève au bout de quatre jours et la guérison se complète sans fistule urinaire vaginale au bout de huit jours.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le docteur Albertin, chirurgien de la Charité.)

M^{me} P. A..., 27 ans.

Diagnostic : abcès sous-urétral.

Entre le 1^{er} décembre 1910.

Résumé de l'observation :

Trois accouchement normaux sans suites de couches pathologiques. Deux fausses couches à trois mois, la dernière en août 1910.

Pas d'antécédents héréditaires.

Pas de maladies antérieures.

La malade a depuis longtemps des pertes blanches peu abondantes mais continuelles. Le liquide est jaunâtre, tachant et empesant le linge.

Depuis un mois et demi la malade souffre de douleurs abdominales localisées dans le bas-ventre et irradiées dans les reins. Ces douleurs s'accroissent par la marche, la pression, disparaissent par le repos. Depuis ce moment, pertes rouges continuelles assez abondantes, bien augmentées par les rapports sexuels. La malade s'est soignée par des injections d'eau oxygénée et des tampons de glycérine. Après une amélioration passagère les symptômes sont revenus.

Signes physiques :

Au toucher on sent, au-dessous de l'urètre bombant dans le vagin, une petite tuméfaction de la grosseur d'une noix

environ. La pression sur cette poche fait sourdre du pus par le méat.

Etat général bon. Pas de température.

Intervention le 5 décembre.

Avant d'opérer cette malade, M. Albertin déclare vouloir avoir recours à la méthode de M. Rochet. Au lieu d'ouvrir au point déclive la collection qui bombe dans le vagin, il fait une incision au-dessous et en arrière du meat, puis dédouble la cloison vagino-urétrale sur une étendue de un centimètre et demi. C'est au fond de ce dédoublement qu'il incise l'abcès qui se vide. Un drain est placé. Une sonde de Petzer est mise dans l'urètre.

8 décembre. — On enlève la sonde, la mèche et le drain. « La guérison s'effectue rapidement et sans fistule urétrale, démontrant ainsi l'excellence de cette méthode. » (Dr Albertin.)

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le docteur Durand, chirurgien des hôpitaux.)

M^{me} V. M..., 26 ans, Entrée le 5 mai 1911.

La malade entre à l'hôpital dans le service du docteur Durand pour un abcès péri-urétral.

Il y a deux ans, la malade eut une blennorragie. Celle-ci fut soignée par un médecin et les douleurs disparurent, mais il persista un écoulement purulent. On pensa à une blennorragie chronique et on administra du copahu et du santal. Rien n'y fit et l'écoulement persista. Ces temps derniers la malade alla à la visite aux Chazeaux et on lui conseilla d'entrer dans un service de chirurgie.

A l'examen, on trouve sur la face antérieure du vagin, une petite tumeur fusiforme située juste au-dessous du canal de l'urètre. La malade urine continuellement du pus. Ce pus augmente encore de quantité lorsqu'on presse sur la petite tumeur vaginale. La malade ne ressent pas de frisson. Pas de température. L'état général est bon.

Urines : pas d'albumine, pas de sucre.

Au cathétérisme, si on suit la paroi supérieure de l'urètre, on va droit dans la vessie, si au contraire on suit la paroi inférieure, on pénètre dans la petite poche signalée et on sent la pointe de la sonde saillante dans la cloison uréthro-vaginale.

Intervention le 10 mai 1911.

Incision sous-urétrale. On décolle la paroi vaginale antérieure en la tendant de chaque côté avec des pinces de Tuffier. Incision de 3 centimètres environ. Avec précaution on arrive sur la poche qu'on clive assez facilement au bistouri. Quand on la suppose complètement isolée sur sa face inférieure, on ouvre largement sur cette face; on voit alors que la fistule, longue de 3 millimètres environ, large de 1 millimètre environ, siège sur la partie moyenne de l'urètre sur son côté droit. On continue la dissection de la poche au bistouri et aux ciseaux et on termine au niveau de la fistule. Il apparaît impossible de suturer cette fistule; on se contente de tamponner légèrement la cavité, abandonnant sa fermeture à la cicatrisation par seconde intention.

12 mai. — La fistule tend à se retrécir.

15 mai. — La sœur a vu hier uriner la malade; toute l'urine sort par le méat et au niveau du vagin il n'y a pas la moindre filtration.

20 mai. — La malade sort guérie.

13 juin. — La malade est revue. Elle est en excellent état. La guérison est complète. On explore à la sonde le trajet uréthral; il est régulier, non douloureux, on ressent à peine un léger ressaut de la sonde quand elle arrive au niveau de l'ancien abcès.

OBSERVATION IV

(Service de la clinique obstétricale de M. le professeur Fabre.)

M^{me} H..., épouse R..., 40 ans.

Entrée le 17 mai 1912. Sortie le 26 mai 1912.

Résumé de l'observation :

Vient à la consultation pour une grosseur s'accompagnant de douleur au niveau de la cloison uréthro-vaginale.

Antécédents obstétricaux : 13 enfants dont 2 vivent seulement à l'heure actuelle. Dernier accouchement il y a trois ans à la clinique .

L'affection actuelle date de son dernier accouchement ; au début c'était une grosseur qui la gênait un peu, mais sans douleur vraie ; cette grosseur au dire de la malade était placée à l'orifice du vagin et présentait la grosseur d'une noix.

Cette grosseur ne s'est pas modifiée depuis cette époque jusqu'il y a trois semaines environ. A ce moment la malade commence à présenter des troubles urinaires qui allèrent en progressant et consistaient en pollakiurie très accrue. D'ailleurs il faut bien dire que depuis ses dernières couches, la malade se plaignait de besoins fréquents d'uriner, les mictions étaient douloureuses surtout à la fin, et les urines étaient au début rouge sanglant et s'éclaircissaient à la fin de la miction. Les douleurs se généralisèrent à tout le bas-ventre. La malade présentait en même temps des pertes blanches très abondantes.

Pour toutes ces raisons elle se décida à venir nous voir.

A l'examen :

On sonde la malade, urines troubles mais non sanglantes ni purulentes .

A l'examen de la vulve : tumeur rouge, douloureuse, tendue, saillante en arrière de l'urètre.

Au toucher : infiltration douloureuse et tuméfaction fluctuante sur la face antérieure du vagin correspondant à la cloison inter-urétro-vaginale. Cette tuméfaction remonte très haut jusqu'au cul-de-sac antérieur. Le toucher est excessivement douloureux. Rétention de sérosité blanchâtre à la partie inférieure du vagin par suite de la disparition de la lumière de ce conduit grâce à la grosseur bombant en arrière. Le toucher combiné au cathétérisme fait écarter toute communication entre l'urètre et le vagin.

On opère la malade immédiatement : on incise la collection dans la partie saillante à la vulve et on fait sortir un pus assez épais, jaunâtre et très abondant ; on place un drain.

Après l'opération, l'état de la malade s'est amélioré considérablement. Plus de pollakiurie, plus de douleurs à la miction. La température qui était de 38°3 le matin de l'opération est tombée dès le lendemain.

La malade quitte le service quelques jours après. Elle n'est jamais revenue à la consultation.

OBSERVATION V

(Lejars. *Semaine médicale*, 1908.)

Une femme de 37 ans entre dans mon service, à l'hôpital Tenon, pour des « douleurs à la miction ». Il y a cinq ans, au cours d'une de ses grossesses, elle a commencé à souffrir d'une pesanteur dans le vagin ; un médecin consulté découvrit une petite masse, qui d'après lui devait se résorber après l'accouchement.

L'accouchement eut lieu, la petite masse de la paroi vaginale antérieure persista ; pourtant elle devint peu gênante et notre malade n'y fit pas autrement attention.

Dans les derniers mois seulement, la tumeur s'est développée ; des douleurs sont survenues à la marche et surtout à la miction. Un autre médecin fut consulté, déclara qu'il s'agissait d'une « descente de vessie » et conseilla un pessaire. Le pessaire appliqué provoqua une recrudescence des accidents douloureux et des accès fébriles ; il fut bientôt retiré.

Depuis huit jours, enfin, l'état local s'est aggravé ; dans la marche, dans la station debout, la malade ressent des « douleurs en fer rouge » à l'urètre et à l'entrée du vagin ; ces douleurs s'accusent encore lors des mictions, lors des efforts de tout ordre, et en particulier dans la défécation. L'introduction même d'une petite canule à injection est extrêmement pénible.

À l'examen vulvo-vaginal, entre les lèvres écartées, on voit, sur la paroi uréthro-vaginale, une tumeur médiane, grosse comme un œuf de poule, qui commence à un centimètre en arrière du méat et se prolonge jusqu'au devant du col, séparée de lui par un sillon. Cette tumeur, convexe et saillante, est recouverte d'une muqueuse plus rouge; elle est tendue, rénitente, de fluctuation imprécise par le fait même de sa réplétion. En pressant sur elle, on a pu faire sourdre, au premier examen, quelques gouttes de pus par le méat; la chose ne s'est pas reproduite depuis. Le cathétérisme est douloureux, mais se pratique sans difficulté.

C'était donc un abcès du septum uréthro-vaginal; je fis une incision longitudinale qui donna issue à une notable quantité de pus et j'ouvris une poche de paroi rougeâtre et tomenteuse; en explorant avec un stylet, je découvris un orifice punctiforme, oblique en arrière, dans lequel l'instrument pénétra de 10 centimètres; il sortit d'abord un peu de pus par ce trajet, puis quelques gouttes d'urine. Je curettai la poche et j'en excisai la paroi, par fragments, puis je réunis par des points séparés au catgut fin, en laissant un orifice de drainage. Une sonde fut placée à demeure.

La guérison eut lieu simplement: il n'y eut pas de fistule urinaire, ni de suintement et la cicatrisation était complète au bout d'une quinzaine de jours.

OBSERVATION VI

(O. Fellner. *Monatsch f. Geburt. u. Gynäkol.*, 1907.)

Une femme de 27 ans est atteinte depuis plusieurs mois d'urétrite chronique: elle se plaint de brûlures à la miction. On trouve le méat un peu refoulé à gauche par une petite tumeur proéminente, du volume d'une cerise, développée en haut et à droite, et qui s'étend jusqu'à la petite lèvre; en la comprimant, on fait sourdre du pus par un orifice très fin, saillant et rouge, situé à droite du méat; la pression forte provoque à peine de la douleur. On recourt d'abord aux

injections de teinture d'iode, de solution de nitrate d'argent, etc., etc...; on n'obtient aucun résultat durable; la cavité s'évacue de temps en temps et la tumeur s'affaisse, mais elle reparait bientôt. On intervient : une incision est pratiquée en long et ne laisse pas que de donner une notable hémorragie, au niveau du tissu caverneux qu'il faut traverser; l'abcès est ouvert, la paroi excisée; en haut elle est toute proche de la vessie et adhère si intimement à l'urètre, qu'on en doit abandonner un segment. On réunit la partie supérieure de la plaie, on draine le reste. En quinze jours la guérison est achevée. Trois mois plus tard, on revoit la malade, et l'on s'aperçoit que, à la pression, une goutte de pus sort du conduit gauche. Les instillations de nitrate d'argent ont raison, cette fois, de la suppuration.

OBSERVATION VII

(R. Labusquère. Clinique des accouchements. Paris, 1886.

Femme d'une trentaine d'années, ayant eu un premier accouchement. Elle entre à la clinique parce qu'elle se supposait enceinte de trois mois environ et qu'elle était tourmentée par des vomissements incoercibles qui empêchaient toute espèce d'alimentation. Néanmoins, pas de signes de certitude de grossesse.

L'état général était atteint, l'amaigrissement considérable. Tout fut employé (vésicatoires à la région hypogastrique, cautérisations ponctuées, injections de morphine, pulvérisation d'éther, etc.), rien n'y fit. Or, à la fin d'un examen au spéculum, pratiqué dans le but de savoir s'il n'y avait rien du côté du col, le chef de clinique s'aperçut qu'en ramenant l'instrument, il faisait sourdre du pus par l'urètre. Un nouvel examen révéla l'existence d'une cavité suppurée dans le septum uréthro-vaginal. Trois ou quatre jours plus tard, l'abcès fut largement incisé. Je fus chargé du traitement consécutif, qui consista en cautérisation au nitrate

d'argent, en injections antiseptiques et en application de mèches enduites de vaseline phéniquée.

La guérison fut rapide. De plus, les vomissements avaient cessé dès le lendemain de l'incision large de l'abcès. La suite prouva que la femme était enceinte.

OBSERVATION VIII

(Augagneur. *In* thèse Callavassy. Lyon, 1894.)

M^{lle} X..., 25 ans, femme de mœurs légères, souffre depuis dix-huit mois (juillet 1886), d'une tumeur vulvaire. Intermitte à certains moments, alors qu'elle se croit guérie depuis plusieurs semaines, elle éprouve de la gêne dans la région génitale, gêne pour marcher, pour s'asseoir, et surtout pendant les rapports sexuels. Il s'agit donc plutôt d'une gêne que d'une douleur, qui ne se réveille qu'à l'occasion de contacts violents; une tumeur se montre alors à l'entrée de la vulve; les pressions exercées sur cette tumeur la font presque disparaître, le liquide qui s'écoule par l'urètre est purulent et fétide; sauf quand la tumeur est très prononcée, la miction s'opère sans difficulté; les urines sont limpides.

L'examen de la malade est fait par M. Augagneur.

Tuméfaction de la paroi antérieure du vagin, siégeant exactement sur la ligne médiane, et du volume d'une grosse noix; muqueuse vaginale normale. On contourne facilement la tumeur avec le doigt introduit dans le vagin. Aucun rapport avec le fond du vagin et l'utérus.

Une sonde pénètre aisément dans la vessie.

La fluctuation est très évidente, la palpation ne réveille pas de douleurs.

En comprimant la tumeur, on fait sourdre par le méat un liquide séro-purulent; rappelant celui des abcès chroniques très fétides.

La malade refuse toute intervention et a été perdue de vue.

Comme antécédents rien à noter, pas de blennorragie au moment de l'examen; pas d'écoulement antérieur.

OBSERVATION IX

(Augagneur. *In* thèse Callavassy. Lyon, 1894.)

M^{lle} F..., 24 ans, nullipare, sans profession, se présente le 17 juin 1882, à l'examen de M. Augagneur sous l'état suivant :

Depuis huit jours environ, à la suite de coits répétés, M^{lle} F... ressent une douleur vive sous la région vulvaire.

La marche est difficile, ainsi que la station assise ; la malade est obligée de rester couchée. Spontanément des douleurs lancinantes existent depuis quarante-huit heures. La miction est plus fréquente que d'ordinaire et semble trouver un obstacle à l'orifice de l'urètre. La miction, comme tous les efforts d'ailleurs, réveille aussi les douleurs.

En écartant les grandes lèvres, l'orifice vaginal semble occupé par une tuméfaction de la paroi antérieure du vagin. Le doigt introduit dans le canal vaginal rencontre, immédiatement en arrière de l'orifice urétral, une tumeur régulière, placée exactement sur la ligne médiane au niveau de la paroi inférieure de l'urètre. Quoique les manipulations deviennent difficilement supportées, le doigt peut, en déprimant la paroi vagino-rectale, s'insinuer en arrière de la tumeur, constater qu'elle a environ 4 centimètres dans le sens antéro-postérieur et qu'elle est séparée du cul-de-sac vaginal antérieur par un espace absolument libre.

Les dimensions verticales paraissent à peu près égales à celles du diamètre antéro-postérieur.

La tumeur est très nettement fluctuante ; elle fait corps avec la paroi antérieure du vagin, sous laquelle elle semble développée. La muqueuse vaginale semble indemne de tout phénomène pathologique et paraît plutôt refoulée, ainsi que le tissu sous-jacent qu'englobée par le processus.

Une sonde engagée dans le canal de l'urètre le parcourt en déterminant une assez vive douleur, mais sans rencontrer d'obstacle marqué.

En exerçant une forte pression sur la tumeur, on arrive à faire sourdre une goutte de pus épais par l'urètre.

Les urines sont absolument normales.

En présence de l'acuité des symptômes, M. Augagneur intervint de la façon suivante :

Une sonde est placée dans la vessie ; avec un bistouri, une incision est pratiquée sur la muqueuse vaginale parallèlement à la direction de l'urètre, sur une étendue de 2 centimètres. La muqueuse incisée avec le tissu sous-jacent, le bistouri est remplacé par une sonde cannelée ; quand la pointe pénètre dans le foyer de l'abcès, il s'échappe deux cuillerées de pus. Pendant deux jours, un drain fut maintenu dans le trajet pour prévenir la réunion immédiate. La suppuration était complètement tarie après une semaine et la guérison complète s'est maintenue depuis.

La blennorrhagie ne peut être invoquée dans ce cas. Une personne avec laquelle elle avait eu constamment des rapports sexuels ne présente pas la moindre trace de blennorrhagie, pas plus qu'elle d'ailleurs.

OBSERVATION X

(Prietsley, *British med. journ.*, 1869, t. VII.)

En 1867, au mois de septembre, je fus appelé auprès d'une jeune femme ayant accouché pour la première fois, six mois auparavant. Elle m'apprit qu'au huitième mois de sa grossesse elle s'aperçut du développement d'une tumeur à l'orifice vaginal, tumeur indolente à la pression, mais donnant une sensation de gêne et un peu de ténesme.

Au moment du travail on vit une tumeur lisse, semblable à un petit œuf, faisant saillie à la paroi antérieure du vagin.

Quoiqu'on fit tout son possible pour écarter cette tumeur au passage de la tête, la pression exercée par elle la fit crever, et une certaine quantité de pus s'écoula par l'urètre. Sauf un léger degré de cystite, la malade ne ressentit rien,

mais une fois qu'elle commença à se lever, la tuméfaction reparut, et de temps en temps laissa écouler un liquide semi-purulent.

La malade, lors de mon premier examen, se plaignait de sentir une tumeur à la vulve, tumeur peu sensible, que l'emploi d'un pessaire n'avait pas réussi à faire disparaître. Je reconnus une tumeur grosse comme un demi-œuf, faisant saillie à l'orifice vaginal, de consistance élastique. Elle ressemblait à une cystocèle, mais était plus ronde, à base plus rapprochée reposant sur la partie profonde de l'urètre. en la comprimant, je fis sortir par l'urètre une demi-once d'un mélange de pus et d'urine ; j'essayai de faire passer un cathéter dans la tumeur. Il pénétra d'abord dans la vessie, mais en le retirant, je le fis engager dans la cavité de l'abcès par un étroit orifice. On put alors sentir la sonde par la paroi vaginale antérieure. Cette tumeur semblable à un diverticule de l'urètre sécrétant du pus, se remplissait plus ou moins d'urine pendant la miction.

La guérison ne peut s'obtenir que par l'ablation de la poche.

OBSERVATION XI

(Huguier. Abscès sous-urétral ouvert spontanément dans l'urètre.

Le 22 avril 1846, entra à l'hôpital de Lourcine, salle Sainte-Marie, n° 58 avec un enfant nouveau-né et bien portant, la nommée H... Louise, âgée de 17 ans, couturière. Cette jeune fille d'une constitution lymphatique, d'un embonpoint prononcé, à peau blanche et fine, cheveux blonds, yeux bleus, habituellement d'une bonne santé, n'a jamais eu d'autres maladies que la rougeole et la variole. Réglée à 11 ans, a eu des rapports sexuels à 16 ans; enceinte il y a neuf mois passés.

A huit mois et demi de la grossesse, elle entra à la maternité pour faire ses couches. Au moment de l'accouchement, M^{me} Charrière, sage-femme du service, s'aperçut que les or-

ganes génitaux étaient le siège de végétations qui furent considérées comme pouvant être de nature syphilitique, et la malade, après son accouchement, qui fut normal, fut dirigée vers notre établissement. A l'examen, on trouva, immédiatement au-dessous de l'urètre, une petite tumeur, rouge et sensible, qui s'allongeait jusqu'au col de la vessie; l'urètre était enflammé, la tumeur était douloureuse au toucher et à la pression, sa consistance peu fluctuante. Elle commençait à 3 ou 4 millimètres au-dessous du méat urinaire.

En pressant sur la tumeur, nous fîmes sortir par le méat urinaire un pus crémeux, épais et d'un blanc jaunâtre.

Nous fîmes uriner la malade devant nous, du pus sortit d'abord, puis du pus et de l'urine, enfin de l'urine claire.

La malade n'avait aucun signe d'affection syphilitique, son enfant se portait bien, la seule personne qu'elle ait connue n'avait jamais eu la moindre maladie vers les organes sexuels.

Le diagnostic fut porté : abcès sous-urétral.

Incision de l'abcès suivant la direction de l'urètre; il s'écoula une cuillerée de pus épais, jaune, bien lié, très semblable à celui qui était sorti par l'urètre.

Guérison après dix jours.

Si maintenant nous cherchons quelle a été la cause de l'abcès survenu chez une femme d'ailleurs bien portante, dont l'urètre était sain, et chez laquelle l'accouchement fut naturel et d'une durée ordinaire, qui n'a nécessité aucune manœuvre extraordinaire, nous n'en trouvons pas d'autre que la pression violente et anormale, que la ligne médiane du vagin et de l'urètre, déjetés à gauche par un kyste du vagin qui se trouvait à droite de l'urètre, a dû éprouver entre la tête de l'enfant et la branche gauche du pubis.

OBSERVATION XII

(Hamilton, *British med. Journ.*, 1891.)

En septembre 1887, je fus appelé auprès d'une jeune femme, ayant accouché pour la première fois un mois aupa-

ravant. Elle m'apprit qu'au dix-huitième jour de sa délivrance, elle s'aperçut du développement d'une tumeur à l'orifice vaginal, tumeur douloureuse spontanément et à la pression. Les douleurs étaient plus fortes pendant la marche et s'irradiaient à l'hypogastre, les mictions fréquentes, la station assise douloureuse; la malade restait étendue sur son lit; elle m'apprit entre autres que la sage-femme qui l'assistait, voulant explorer la tumeur, la fit crever, et du pus s'était écoulé par l'urètre.

A l'examen de la malade, je trouvai une tumeur grosse comme une petite mandarine, siégeant exactement sur le trajet de l'urètre; en la comprimant légèrement, je fis sourdre du pus par le méat urétral.

Je diagnostiquai un abcès de la cloison uréthro-vaginale et je proposai l'ouverture, qui fut acceptée; incision de la muqueuse vaginale et de la paroi de l'abcès, deux cuillerées de pus jaunâtre et fétide s'écoulèrent : cavité anfractueuse que je lavai avec une solution forte phéniquée.

Guérison au bout de dix jours.

OBSERVATION XIII

(Richard F. Woods. *Amer. medicine*, 1904)

Une femme avait commencé à souffrir six mois auparavant de mictions fréquentes et douloureuses; deux ou trois semaines plus tard elle s'était aperçue d'une « grosseur » qui se développait à la paroi vaginale antérieure; depuis lors, cette grosseur avait augmenté progressivement; elle figurait au moment où M. Woods vit la malade pour la première fois, une masse ronde, du volume d'un œuf, occupant le dessous de l'urètre et se continuait jusqu'au col; l'urine était parfaitement claire. On proposa l'incision qui fut refusée. Trois semaines après, la malade se présentait de nouveau : la tumeur avait diminué; juste au niveau du méat, on trouvait un petit orifice par lequel à la pression on faisait sourdre du pus; un stylet introduit par cet orifice

pénétrait dans une large cavité sous-urétrale; le cathétérisme de l'urètre était facile, il n'y avait aucune dilatation de la paroi urétrale inférieure, pas d'urétrocèle. L'opération était toute indiquée, mais la malade continua à s'y refuser.

OBSERVATION XIV

(Augagneur. *In* thèse Callavassy. Lyon, 1894.)

M^{me} A..., 32 ans, fleuriste. Aucun antécédent pathologique. Un accouchement simple il y a sept ans.

Il y a deux ans, M^{me} A... s'est aperçue que, de temps à autre, apparaissait un gonflement à la région génitale. Ce gonflement ne devient douloureux que lorsqu'il arrive à son volume maximum, et encore la douleur est très supportable. A ce moment, la malade vide la tumeur par des pressions exercées à sa surface. Le liquide qui s'écoule a une odeur très désagréable. Tous les trois ou quatre mois, il faut procéder à l'évacuation de la tumeur qui disparaît totalement, pour se reproduire peu à peu.

Quand elle a un volume moyen, elle ne gêne ni la marche, ni la miction, ni les rapports sexuels.

Examinée à un moment où, d'après elle, le mal est à son maximum, la malade me présente les phénomènes que voici :

Rien aux grandes lèvres ni aux petites, fourchette intacte. Le méat, est comme prolabé, mais sans aucune altération appréciable, soit à la vue, soit au toucher. Le doigt reconnaît une tumeur fluctuante, grosse comme une mandarine et bien circonscrite. Entre la tumeur et l'utérus, existe une grande étendue de la paroi vaginale antérieure absolument normale.

La pression fait couler par l'urètre, avec beaucoup de peine, et en petite quantité à la fois, un pus mal lié et très fétide.

La malade désirant être débarrassée de son infirmité, j'intervins le 28 janvier. Elle est placée dans la position

genu-pectorale, un écarteur éloigne la paroi vaginale postérieure; incision de 2 centimètres sur la partie saillante de la tumeur; une sonde placée dans l'urètre indique la position de ce conduit. Écoulement de deux cuillerées d'un pus sanieux.

La paroi vaginale a son épaisseur habituelle. Un tampon de coton est placé dans le vagin après l'intervention. Le lendemain, un drain est placé dans la cavité, et des lavages quotidiens y sont pratiqués avec une solution phéniquée.

La cicatrisation fut lente et ne fut complète que trois semaines plus tard.

OBSERVATION XV

(Lejars. *Semaine médicale*, 1908.)

Une femme de 29 ans, entre dans notre service pour des douleurs à la miction qui s'accompagnent d'une sensation permanente de poids et de brûlure du côté de l'urètre; depuis longtemps elle perdait en blanc et souffrait un peu en urinant; mais les accidents actuels ne datent que de huit jours. On trouve au-dessous de l'urètre une tumeur arrondie, rougeâtre, fluctuante, grosse comme une noix, exactement médiane; par la pression on ne fait sourdre de pus ni par le méat, ni par aucun point circonvoisin; j'ouvre l'abcès par une incision longitudinale et la guérison se complète assez vite.

CONCLUSIONS

I. — Les abcès sous-urétraux constituent une affection relativement fréquente de l'appareil uro-génital de la femme.

II. — Ils ont le plus souvent leur origine dans les glandes endo et surtout péri-urétrales (glandes de Skene), qui sont fréquemment le siège de l'infection gonococcique au cours de l'urétrite blennorragique; Néanmoins, le gonocoque n'est pas le seul agent qui doit être incriminé; le coli-bacille a pu être mis en évidence dans le pus de ces abcès. En dehors de cette origine glandulaire, nous devons signaler que le traumatisme ou les affections locales préexistantes peuvent être le point de départ de ces supurations.

III. — Le volume de l'abcès est variable. Dans certaines formes de transition, un seul conduit de Skene peut être pris; la poche purulente est le plus souvent en communication avec l'urètre.

IV. — Le diagnostic en est généralement facile. Les tumeurs vaginales, localisées à la paroi antérieure, peuvent prêter à confusion.

V. — Le pronostic est bénin; cependant, il ne faut pas laisser évoluer ces abcès sans soins; ils passent à l'état chronique et peuvent laisser des fistules urinaires.

VI. — Le seul traitement efficace est le traitement chirurgical. L'incision pure et simple de la collection au point déclive, suivie ou non d'excision de la paroi de l'abcès et de drainage expose aux fistules uréthro-vaginales.

On doit employer de préférence la technique de M. le professeur Rochet, qui consiste à faire le dédoublement de la paroi uréthro-vaginale et à ouvrir l'abcès au fond de ce canal artificiel.

Cette façon de faire présente les avantages suivants :

1° Elle met à l'abri des fistules, au cas où l'abcès communiquerait avec la vessie ou l'urètre.

2° Elle permet de faire non seulement l'incision, mais l'excision de la poche, et sans danger de fistule au cas où les voies urinaires auraient été un peu ouvertes pendant cette dissection.

VU :

Le Président de la Thèse

VU :

ROCHET.

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 15 janvier 1913.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALMASOFF. — Ueber periurethrale Drüsen beim Weibe. Tiflis, 1890.
- BOURSIER A. — *Traité de Gynécologie*.
- CALLAVASSY. — Des abcès du septum uréthro-vaginal. *Thèse de Lyon*, 1894.
- CHROBAK. — Geburtsh. gynäkol. Gesellschaft in Wien (séance du 21 novembre 1893, in *Centr. Bl. f. Gynäkol.*, 20 janvier 1894, p. 75).
- CORY. — Abscess of female urethra (*Transactions of the Obstet. Soc. of London* 1870, t. XI, p. 65).
- DITTEL (L von). — Geburtsh. gynäkol. Gesellschaft in Wien (séance du 21 novembre 1893, in *Centr. Bl. f. Gynäkol.*, 20 janvier 1894, p. 75).
- DUPLAY. — Poche urineuse de l'urèthre chez la femme. *Gazette des Hôpitaux*, 1888.
- Contribution à l'étude de l'urèthre chez la femme. *Ann. gynécologiques*, 1880.
- ETIENNE. — De l'urèthre de la femme. *Thèse de Nancy*, 1880.
- FELLNER O.-O. — Einige Fälle von para-urethraler Eiterung beim Weibe (Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol., mars 1907, p. 319).
- *Semaine Médicale*, 1907, p. 293.
- HAMILTON. — Abscess du septum uréthro-vaginal. *British. med. Journ.*, 1891.
- HARTMANN et REYMOND. — Note sur une variété peu connue d'abcès de la cloison uréthro-vaginale (*II^e session de l'Ass. fr. d'Urologie*, Paris, 1897, p. 56).
- HERMAN. — Société obstétricale de Londres, 1886.
- HUGUIER. — Des kystes profonds du vagin. *Mémoire de la Société de chirurgie de Paris*, 1847.
- LABUSQUIÈRE. — *Annales de Gynécologie*, 1886.
- LAWSON TAIT. — *The Lancet*, 30 octobre 1876, t. II, p. 265.
- LEPARS F. — Leçons de chirurgie (La Pitié, 1893-1894) : les tumeurs uréthrales et péri-uréthrales chez la femme, p. 594, Paris, 1895.

- LEJARS. — Les abcès sous-uréthraux chez la femme (*La Semaine Médicale*, 1908, p. 361).
- Chirurgie d'urgence, p. 657.
- LEGUEU. — Traité d'urologie, p. 302.
- MATZENAUER. — Periurethrale Infiltrate und Abszesse beim Weibe : chronisch. gonorrhöische Induration der weiblichen Harnröhre (*Wien Klin. Wochensch.*, 6 novembre 1902).
- NICAISE. — Thèse Mouton, Paris, 1876.
- PIEDPREMIER. — Thèse Paris, 1887-1888.
- POIRIER et CHARPY. — Traité d'anatomie humaine, 1907, t. V, premier fasc.
- POLLAK Emile. — Die Gonorrhoe der para-urethralen Gänge des Weibes (*Zentr. Bl. f. Gynäkol.*, 5 mars 1904).
- POUSSON A. — Précis des maladies des voies urinaires.
- POZZI S. — Traité de gynécologie.
- PRIETSLEY. — *Archiv. gén. de méd.*, 1880, t. II, p. 22.
- *British. med. Journ.*, 1869, t. VII.
- QUENU et PICQUÉ. — Art. Urethre, Dict. Sciences médicales.
- ROUTH AR. — Diverticules uréthraux. *British medical Journal*, 15 février 1890.
- SCHÜLLER. — Ein Beitrag. zur Anatomie der Weibl. Harnröhre. *Wirohow's Arch.*, 1883.
- SKENE. — The Anat. and pathol. of two importants glands of the female urethra. *Amer. Journ. of obstetrics*, 1880.
- TESTUT. — Précis d'anatomie humaine.
- TESTUT et JACOB. — Traité d'anatomie topographique.
- THÉVENOT L. — Kyste de la paroi vésico-vaginale d'origine gart-nérienne. *Lyon Chirurgical*, mars 1912.
- THOMSON. — Seltenerne Neubildungen der weiblichen Harnröhre und des Septum urethro-vaginale (*Zentr. Bl. für Gynäkol.*, 23 juin 1906, p. 722).
- TILLAX. — Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie (XI^e édition).
- TOURNEUX. — Sur la structure des glandes uréthrales chez la femme (*Bull. Soc. de Biol.*, 1888).
- UFFELMANN. — Zur Anat der Harnröhre. *Henle's Zeitsch. f. ration. Medizin.*, 1863, p. 254.
- WOODS R.-F. — Suburethral abcess (*Amer. Medicine*, 13 février 1904, p. 261).

